

# CLINICA DE SALUD DEL VALLE DE SALINAS

Administration

55 Plaza Circle Suite A  
Salinas, CA 93901  
(831) 757-8689  
FAX: (831) 757-0488

Circle

950 Circle Drive  
Salinas, CA 93905  
(831) 757-6237  
FAX: (831) 757-8458

Sanborn

219 N. Sanborn Road  
Salinas, CA 93905  
(831) 757-1365  
FAX: (831) 757-2824

Plaza

55 Plaza Circle Suite C  
Salinas, CA 93901  
(831) 500-6960  
FAX: (831) 758-2201

Castroville

10521 Merritt Street  
Castroville, CA 95012  
(831) 633-1514  
FAX: (831) 633-1739

Gonzales

126 5th Street  
Gonzales, CA  
(831) 675-2930  
FAX: (831) 675-2931

Soledad

799 Front Street  
Soledad, CA 93960  
(831) 678-0881  
FAX: (831) 678-2803

Pajaro

29-A Bishop Street  
Pajaro, CA  
(831) 728-2508  
FAX: (831) 728-2636

Greenfield

808 Oak Street  
Greenfield, CA 93927  
(831) 674-5344  
FAX: (831) 674-5214

N. Main

2180 N. Main Street  
Salinas, CA 93906  
(831) 443-2190  
FAX: (831) 442-3600

King City

223 Bassett Street  
King City, CA 93930  
(831) 385-5944  
FAX: (831) 385-0767

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Expediente # \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Aquí doy mi consentimiento para cualquier tratamiento medico de cirugía que sea necesario. Tengo entendido que un simple tratamiento o diagnostico como una inyección puede tener complicaciones, las cuales se explicaran cuando hagan los procedimientos o tratamientos. Clinica de Salud del Valle de Salinas hará referencias para servicios especiales que no pueda atender aquí.

Yo comprendo y doy mi consentimiento para que un Medico Residente o una enfermera medica (Nurse Practitioner) o medico asistente (Physician Assistant) me pueda atender en lugar de un medico certificado. También, comprendo que la misma enfermera medica (Nurse Practitioner) o medico asistente (Physician Assistant) me puede recetar medicamentos. El/ella esta certificado para hacerlo bajo la supervisión del doctor. Pero si yo lo deseo, me puede atender un medico y el/ella me recetara mis medicamentos.

Yo comprendo que el expediente mío y cualquier archivo mantenido durante mi tratamiento con Clinica de Salud del Valle de Salinas, estará sujeto a la inspección por oficiales del estado, aseguranzas, clínicas, y otras agencias, tendrán el derecho de acceso a los datos del paciente acumulados bajo los términos en sus contratos con Clinica de Salud del Valle de Salinas. Estos datos serán sometidos para las auditorias fiscales y del programa y no estarán publicados de ninguna manera, la cual resultaría en la identificación de cualquier individuo.

Entiendo que, bajo el Acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos al aislamiento con respecto a mi información protegida de salud, yo entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- La conducta, planificación y dirección de mi tratamiento entre los proveedores múltiples del centro de salud que pueden estar implicados en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de pagadores de tercera persona.
- Conducir las operaciones normales del centro de salud tales como evaluaciones de la calidad y certificaciones del médico.

He recibido, leído y entiendo su Aviso de Practicas de Privacidad que contiene una descripción más completa de las aplicaciones y de los accesos de mi información de la salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento y que puedo entrar en contacto con esta organización en cualquier momento en la dirección anotada arriba para obtener una copia actual del Aviso de Practicas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es utilizada o se divulga para realizar el tratamiento, el pago u operaciones del cuidado médico. También entiendo que no están requeridos para convenir con mis restricciones solicitadas, pero si usted entonces conviene usted esta limitado para cumplir con tales restricciones.

Yo entiendo que Clinica de Salud del Valle de Salinas ofrece un programa de descuento para las visitas familiares. Este programa cobra de acuerdo al número de personas y según los ingresos de la familia. El programa de descuento incluye servicios brindados en la clínica de los cual soy responsable del pago.

Paciente o Guardián Legal \_\_\_\_\_

(Firma)

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

# CLINICA DE SALUD DEL VALLE DE SALINAS

## Información del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Account #: \_\_\_\_\_

Lenguaje Preferido:  Español  Ingles  Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna barrera con el idioma?  Si  No

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido(s)		Primer Nombre		Inicial Materno	
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social		Teléfono / Celular	
Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Anglo Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____		Correo Electrónico (email)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Identidad de Género <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> De Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans <input type="checkbox"/> De Hombre a Mujer/Mujer Transgénero/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Elige no divulgar <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____			
Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Elige no divulgar		<input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa: _____ <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Heterosexual			
Domicilio Numero y Calle		Ciudad	Estado	Código Postal	
Compañía de Trabajo		Teléfono de Trabajo		Ocupación	
En caso de emergencia contactar a: (Nombre completo de persona con quien podamos hablar en caso de emergencia)				Teléfono de Emergencia	

### Persona Responsable

#### Información de la Persona Quien Toma la Responsabilidad Financiera (Padre de familia si el paciente es menor de 18 años)

*Si no es el mismo de arriba*

Apellido		Primer Nombre		Inicial Materno	
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social		Teléfono	# de Dependientes
Compañía de Trabajo		Ocupación			

### Información de Seguro (Aseguranza) Medico

**Por favor proveer su tarjeta de seguro medico al personal para tomar una copia**

Nombre de la Compañía		# de Póliza	# de Grupo	Relación al Paciente	
Domicilio de la Compañía			Subscribidor		
Ciudad		Estado	Código Postal		Teléfono

#### PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Monthly Salary \_\_\_\_\_ Do you work all year:  yes  no If No, Months not Worked: \_\_\_\_\_

How do you support your family when not working? \_\_\_\_\_

How was income information verified?  Income Tax Statement  Check Stubs (Previous 6 months)

Patient's Migrant Status:  Migrant  Seasonal  NOT Farm Worker

Patient's Homeless Status:  Not Homeless  Doubling up  Shelter  Street  Transitional  Unknown/Unreported

Category:  Private  INS  SOFP  IM  Medi-Cal  
 EAPC  BCCP  H.F.  MO  MM  CCA

**For office use Only:  Patient information updated on EPM including scanning of Insurance information**

**Date/ Initial this form when completed**

**Date Completed: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_**



## **Responsabilidades del Paciente**

1. **Proveer Información** - los pacientes y las familias, como apropiadas, deben proporcionar, al mejor de su conocimiento, información exacta y completa sobre las actuales quejas, pasadas enfermedades, cualquier hospitalización, medicamentos, y otras materias referentes a su salud. Los pacientes y sus familias deben divulgar los riesgos percibidos en su cuidado y los cambios inesperados en su condición/salud. Pueden ayudar a la organización para entender su ambiente al dar sus ideas acerca de las necesidades y expectativas del servicio.
2. **Hacer Preguntas** - los pacientes y las familias, como apropiadas, deben hacer preguntas cuando no entienden su cuidado, tratamiento, y servicio o que es lo que deben hacer.
3. **Siguiendo Instrucciones** - los pacientes y sus familias deben seguir el plan del cuidado, del tratamiento y del servicio desarrollado. Deben expresar cualquier preocupación sobre su capacidad de seguir el plan de cuidado propuesto o curso del cuidado, tratamiento, y servicios. La organización hace cada esfuerzo de adaptar el plan a las necesidades y a las limitaciones específicas de los pacientes. Cuando tales adaptaciones al cuidado, el tratamiento, y el plan del servicio no se recomiendan, los pacientes y sus familias son informadas de las consecuencias del cuidado, tratamiento, y mantener las alternativas al no seguir el curso propuesto.
4. **El aceptar Consecuencias** - los pacientes y sus familias son responsables de los resultados si no siguen el cuidado, el tratamiento, y el plan del servicio.
5. **Siguiendo Reglas y Regulaciones** - los pacientes y sus familias deberán seguir las reglas y regulaciones de la organización.
6. **Demstrar Respeto y Consideración** - los pacientes y sus familias deben ser considerados del personal y de la propiedad de la organización, como también de otros pacientes y sus propiedades.
7. **Cumplir Requisitos Financieros** - pacientes y sus familias deben resolver puntualmente cualquier obligación financiera convenido con la organización.

Yo entiendo que Clínica de Salud va a proveer servicios de acuerdo con las condiciones de mi seguro medico/dental. Si la compañía de seguros no puede verificar mis beneficios o no paga los servicios por alguna razón, acepto la responsabilidad de pagar las cuotas de CSVS personalmente.

---

Firma del Paciente o Padre/ Madre/ Guardian

---

Nombre (Letra de Molde)

Fecha de nacimiento

---

Fecha

Numero de Expediente

Revised 1/2018

Form#HA1150



# PEDIATRIC HISTORY

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Chart Number \_\_\_\_\_

Están bajo el cuidado de un médico?  No  Si

Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ última visita: \_\_\_\_\_

Están bajo el cuidado de un dentista?  No  Si

Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ última visita: \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento?  No  Si Indíquelo: \_\_\_\_\_

Es usted alérgico a o ha reaccionado negativamente a cualquiera de los siguientes:

- Anestésicos locales  Penicilina  Yodo  Drogas sulfá  Aspirina  Codeína / otros narcóticos  Látex/caucho
- Otros: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DEL NACIMIENTO

Peso al Nacer \_\_\_\_\_  
Altura al Nacer \_\_\_\_\_

Parto:  Nacimiento Natural  
 Cesárea

## DESARROLLO

Edad cuando primero:

Sentó por si mismo \_\_\_\_\_  
Camino sin apoyo \_\_\_\_\_  
Edad de primera menstruación (niña): \_\_\_\_\_  
Regular? \_\_\_\_\_

Fue al baño por si mismo \_\_\_\_\_  
Dijo primera palabra \_\_\_\_\_

## PROBLEMAS MEDICOS EN EL PASADO

Problemas con:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Añadir                           | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                             |
| <input type="checkbox"/> TDAH                             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de hepatitis, ictericia, hígado |
| <input type="checkbox"/> Anemia                           | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                      |
| <input type="checkbox"/> Artritis                         | <input type="checkbox"/> VIH  |
| <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón                         |
| <input type="checkbox"/> Orinarse en la cama              | <input type="checkbox"/> Cáncer oral                                |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento                   | <input type="checkbox"/> Articulación protésica/insertar            |
| <input type="checkbox"/> Infección de la vejiga/riñón     | <input type="checkbox"/> Alergia estacional                         |
| <input type="checkbox"/> Cáncer ____                      | <input type="checkbox"/> Convulsiones                               |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardiacos             | <input type="checkbox"/> Problemas de seno                          |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho                | <input type="checkbox"/> Úlceras de estómago                        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Dormir                                     |
| <input type="checkbox"/> Desmayo de hechizos/convulsiones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                               |
| <input type="checkbox"/> Nariz frecuente                  | <input type="checkbox"/> Visión/audición/habla                      |
| <input type="checkbox"/> Condición del corazón            | <input type="checkbox"/> Otros ____                                 |

**HISTORIA DENTAL:**

- Ha tenido el niño sangrado anormal asociada a extracciones anteriores, cirugía o traumatismo?  No  Sí
- Ha tenido el niño tratamiento cirugía o rayos x de un tumor, crecimiento u otra condición de la boca o los labios?  No  Sí
- ¿El niño tiene serios problemas asociados con cualquier tratamiento dental previo?  No  Sí
- ¿Usas hilo dental en el niño?  No  Sí
- ¿Las encías del niño sangrar o doler?  No  Sí
- ¿Alimentos consigue cogido en los dientes de su hijo?  No  Sí
- ¿El niño aprietan o rechinan sus dientes?  No  Sí
- ¿Ha experimentado el niño cualquier dolor o dolor en los músculos de la cara o alrededor de la oreja?  No  Sí
- ¿Quijada del niño haga clic en o pop?  No  Sí
- ¿Cuántas veces se cepilla los dientes los dientes de su niño cada día?  Una vez  Dos veces  Tres veces
- Cualquiera de los dientes son sensibles a:  Caliente  Frío  Dulce  Presión

**¿El niño exhibir cualquiera de las siguientes?**

- Chuparse el dedo  Boca de respiración  Apretamiento de la lengua  Cepillado/pulido  Chupar limón/limón/naranja

**HOSPITALIZACIONES PASADAS:**

Razón \_\_\_\_\_

**CIRUGIAS PASADAS:**

\_\_\_\_\_

**MEDICINAS:**

\_\_\_\_\_

**HABITOS**

- Alcohol  Tabaco  Drogas  Ningunos

**ALERGIAS/REACCIONES:**

\_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

	Si	No		Si	No
Alta Presión de la sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retardación Mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros.....	<input type="checkbox"/>		Alcoholismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explique _____					

**INMUNIZACIÓN**

¿Tienes una copia de la tarjeta de vacunación amarilla de su hijo?  No  Si

*En caso afirmativo, por favor presente a personal de la clínica.*

Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Clinician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

DDS COMMENTS: ASA  I  II  III  IV Medical Clearance Request  Yes  No